

No. \_\_\_\_\_

2020年(第34回) リフレッシュャーコース参加申込書

フリガナ  
氏名

---

勤務先

---

一般社団法人 日本歯科麻酔学会  
※いずれかにチェックを入れてください

- 専門医
- 認定医
- 登録医
- 認定歯科衛生士
- 正会員
- 学生会員(大学院生を除く)
- 非会員

勤務先 〒  
住所

---

(必須)※受講に必要なIDとパスワードをお知らせするために必ず必要となります。

E-mail

---

年 月 日 署名

---

\* 銀行振込票(写)を  
貼付して下さい。

貼付欄